

SEGURO POPULAR Y SU IMPACTO EN LA POBLACIÓN DE LAS COMUNIDADES DE LAS CRUCES Y SAN PABLO PEJO, SALVATIERRA GUANAJUATO

Rafael González Flores¹

Adriana Cerda Rodríguez²

Lydia Guadalupe Bernal Negrete³

RESUMEN

Las responsabilidades de un sistema de salud apelan a un entendimiento amplio de lo que éstos deberían incluir, los cuidados hospitalarios, las labores preventivas y el control de enfermedades contagiosas, la promoción de la salud y la planeación y mejora de las condiciones sociales en las que vive la población. Adicionalmente, los sistemas en ocasiones son responsables de asegurar que los servicios médicos lleguen a toda la población en el momento que sean necesarios. El contar con un sistema de salud adecuado resulta de gran importancia debido, entre otras cosas, al impacto que representa en la estabilidad financiera, tanto familiar como pública. Por una parte, la salud puede generar gastos catastróficos a los hogares, ya que muchas veces las necesidades de atención médica son impredecibles. Cuando se presentan este tipo de situaciones, las familias tienen que enfrentarse al dilema de soportar el gasto en salud (llegando incluso a empobrecerse), o bien optar por no atenderse.

Cabe señalar que un sistema de salud es el Seguro Popular de Salud (SPS), a través de un paquete de servicios médicos y está dirigido de manera prioritaria a familias cuyo ingreso se encuentre en los seis primeros deciles⁴, que no sean derechohabientes de la seguridad social, que residan en el territorio nacional y que tengan acceso a unidades de salud con capacidad y calidad para ofrecer los servicios médicos.

Esta investigación es un estudio cualitativo y cuantitativo de tipo etnográfico cuyo objetivo ha sido el análisis de procesos que se realiza con la finalidad de conocer y analizar el impacto que tiene el Programa Federal del Seguro Popular (PFSP), ante la sociedad tanto en el tema de salud como en lo social. Se realizó un análisis documental, tomando como estudio a las comunidades de las Cruces y San Pablo Pejo, del municipio de Salvatierra, Guanajuato con el propósito de conocer cuántas personas son beneficiadas con este programa dentro de las comunidades y sobre todo si el apoyo recibido es de ayuda importante para la salud de las familias y el desarrollo de las localidades.

Palabras clave: Seguro popular, población, Guanajuato.

¹ Estudiante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, Universidad de Guanajuato, Campus Celaya – Salvatierra, División de Ciencias de la Salud e Ingenierías rafa_adron_ug@hotmail.com

² Estudiante de la Licenciatura en Desarrollo Regional, Universidad de Guanajuato, Campus Celaya- Salvatierra, División de Ciencias Sociales y Administrativas adricerrod@gmail.com

³ Profesora de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya- Salvatierra, Dpto. Estudios Sociales jamadi9@yahoo.com.mx

⁴ Un decil. Se utiliza principalmente para definir sectores socioeconómicos según ingreso per familiar

Antecedentes a nivel Global

De acuerdo al Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública antes de la creación del SPS, solo se contaba con aseguramiento por parte del sector formal lo que limitó mucho el acceso a la salud, a lo que el gobierno trazo estrategias para entregar atención médica a la población abierta, estas incluían la cobertura por instancias como la Secretaría de Salud, DIF e IMSS-Oportunidades (CESOP, 2005), con la gran cantidad de personas sin seguridad social, se siguieron las recomendaciones del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo, en donde se orientaba a realizar la primera fase de reforma de los servicios de salud, para lo cual, era necesario fracturar las bases de la seguridad social, favoreciendo el reforzamiento y la creación de condiciones necesarias para la mercantilización de la atención médica a través de dos acciones, que fueron el debilitamiento de la seguridad social con modificaciones a la Ley del IMSS y la reorganización de los servicios que atendían a la población no asegurada, los cambios sentaron las bases de los objetivos de la reforma de los servicios de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) desde hace casi 70 años, estableció a la salud como derecho fundamental de cualquier persona, describiéndolo como el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Este derecho significa que todo el mundo debe tener acceso a los servicios de salud que necesita, cuando y donde los necesite, sin tener que hacer frente a dificultades financieras. Nadie debería enfermar o morir solo porque sea pobre o porque no pueda acceder a los servicios de salud que necesita. (OMS, 2017)

El mantenimiento de la salud se define por las acciones que se realizan a fin de restaurarla y mantenerla, en todos los países encontramos diferentes estrategias que varían entre regiones, presupuesto, medidas y población a cubrir, estas maniobras se unifican dentro del término de Sistema de Salud, el cual la OMS lo define como, la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Se necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección general. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero. (OMS, 2005)

Los sistemas de salud de cada país se ajustan a las necesidades de su población, no existe aún una definición de un sistema único de atención, pero se busca desde el 2005 alcanzar una cobertura sanitaria universal, del cual se destacan los avances en la prestación de servicios y protección de riesgos económicos y de acuerdo a la OMS su objetivo es lograr que todos obtengan los servicios de salud que necesitan –prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos- sin correr el riesgo de ruina económica o empobrecimiento, ahora y en el futuro.

Hay que tener en cuenta que existen diversas condiciones que varían entre países, como la falta de atención de salud y de respaldo financiero para proteger a la población, dichos autores indican que cada país debe determinar sus prioridades para mejorar las condiciones de salud, los servicios que se necesitan, y los mecanismos apropiados de protección contra riesgos económicos (OMS, 2013), sin embargo se tienen que encontrar estrategias que intervengan en el mejoramiento de las circunstancias y servicios, así como un respaldo económico efectivo para el cubrimiento completo de los servicios de atención, sin dañar el proyecto financiero.

Un sistema de financiamiento estable representaría un gran impacto tanto en los sistemas de salud, como para las familias beneficiadas, debido a que “La salud puede generar gastos catastróficos a los hogares, ya que muchas veces las necesidades de atención médica son impredecibles”. (ETHOS, 2011)

El 15 de junio de 2015, se publicó un comunicado de prensa del conjunto OMS/Banco Mundial, que presentaba lo siguiente: “400 millones de personas carecen de acceso a los servicios sanitarios básicos y que el 6% de la población de los países de ingresos bajos y medios ha traspasado el umbral de pobreza extrema debido a los gastos médicos”, según el informe “examina los niveles mundiales de acceso a los servicios sanitarios esenciales —incluida la planificación familiar, la atención prenatal, la presencia de personal calificado en los partos, la inmunización infantil, el tratamiento antirretroviral, el tratamiento de la tuberculosis y el acceso a agua salubre y servicios de saneamiento, se señala también que el porcentaje anterior, un total de 37 países, ha traspasado la línea de pobreza extrema (US\$ 1,25/día), o incluso ha visto empeorar aún más su situación por debajo de ese umbral, por tener que pagar los servicios médicos de su propio bolsillo, de igual manera las dos organizaciones responsables del estudio, recomendaron la cobertura universal de los servicios sanitarios donde se redoblaran los esfuerzos y se llevará a cabo un seguimiento de los avances de distintos países. (OMS, 2015)

En el siglo pasado con el objetivo de mejorar los sistemas de salud y su cobertura, se crearon reformas que buscarían mejorar la eficiencia, la igualdad y la satisfacción de las personas. La primera generación de estas estrategias, buscaban la creación de sistemas de aseguramiento en países en vías de desarrollo con ingresos medios, pero fueron afectados por los costos de los servicios hospitalarios, donde la población de escasos recursos, dependían de su capital para acceder a la atención médica. La segunda generación tenía como objetivo ser más accesibles, enfocándose en el primer nivel de atención con una mejora en los servicios sanitarios básicos, con medidas preventivas y medicamentos, pero por la mala administración, los materiales eran insuficientes. La tercera generación apostaba por la cobertura universal, destinando mayor recurso a donde existiera mayor necesidad, priorizando a los pobres y a la generación de subsidios, con lo que los sistemas no cargarían con el peso presupuestal.

En el 2012 se publicó un artículo que demostraba la falta de gobernabilidad del sector salud en América Latina, principalmente en problemas de funcionamiento y satisfacción de la población. Sugería que el colapso de los sistemas se debía por las tendencias negativas de los indicadores de salud y por falta de eficiencia, cobertura y accesibilidad que se podía encontrar en todos los niveles, desde el desmejoramiento de la atención, calidad y cobertura, por lo que disminuía el acceso de los servicios por parte de las comunidades más necesitadas” (Pérez, 2012). A partir de las evidencias, se comenzó con un nuevo proceso de reformatión y restauración, el mismo autor menciona que durante dicho proceso se incluirían “la modernización del aparato público, la descentralización político-administrativa y la participación de la sociedad civil organizada para enfrentar y superar las manifestaciones de la crisis en Latinoamérica, como el desempleo, la corrupción y la pobreza, entre los más significativos.

Sistema de Salud en México (Programa del Seguro Popular)

México se ha caracterizado desde su independencia por la lucha de los derechos individuales, en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) desde 1983 se incluyó en el artículo 4° institucional, el párrafo que dictamina lo siguiente: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general”. Estipulando a grandes rasgos que todo mexicano tiene derecho a la salud y el gobierno dispondrá de los medios para poder garantizar el acceso a la atención sanitaria.

El Sistema de Protección Social de Salud (SPSS) en México ha tenido diversos cambios durante el tiempo que se ha implementado, incluso desde antes de que estuviera aprobado y entrara en labores, existieron muchos retos que poco a poco fueron superando hasta llegar a ser lo que conocemos hoy en día como Seguro Popular. Uno de esos cambios fue la Reforma a la ley General de la salud. Los factores

anteriormente mencionados y, en particular, la universalización del derecho a la salud, fueron determinantes para que la SSA creara el Seguro Popular de Salud, el cual que inicia operaciones como programa piloto en octubre de 2001 y terminan en diciembre de 2003, cuando se instrumenta como ejecutor del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) en el 2004. De esta manera, el SP se convirtió en política de Estado en 2004.

Una vez entrado en vigor en el 2004, el SP se constituía por varios elementos, uno de los principales era el esquema de financiamiento donde el gobierno federal cubría anualmente la llamada “cuota social” por cada familia, también por parte del gobierno federal y de las entidades federativas una “aportación solidaria” por familia beneficiada y por las cuotas familiares de los beneficiados que “se calculan conforme a las condiciones socioeconómicas de cada familia, y son revisadas anualmente con base en el Índice de Precios al Consumidor. En el caso de que las familias no tengan capacidad de pago se incluyen en el régimen no contributivo, siempre y cuando se ubiquen en los deciles I y II de la distribución de ingreso o sean beneficiarias de los programas de combate a la pobreza extrema y residentes en localidades rurales”. (CESOP, 2005)

El sistema se regiría bajo los principios con los que fue diseñado anteriormente los programas sociales solidarios, enfatizando la universalidad, prepago de los servicios de salud, solidaridad financiera y presupuestaría democrática y rendición de cuentas, las cuales se describen a continuación los más relevantes:

- Universalidad: Evitar la exclusión y promover la igualdad de oportunidades, independientemente del nivel de ingreso, de la condición laboral o del lugar de residencia.
- Solidaridad financiera: promover un financiamiento más justo y eficaz de la salud, así como una mayor corresponsabilidad en el financiamiento.
- Rendición de cuentas: garantizar que la prestación de los servicios y uso de los recursos respondan a las demandas ciudadanas. (SS, 2005)

Se estipuló que de los recursos provenientes del esquema financiero “serían destinados para la prestación de intervenciones seleccionadas de un proceso de priorización que considera criterios de costo-efectividad, continuidad en la atención, cumplimiento de las normas ético-médicas, aceptabilidad social y disponibilidad de la infraestructura, las intervenciones seleccionadas y los medicamentos asociados” (SS, 2005). Todos estos criterios fueron para que se cumplieran los objetivos del Seguro Popular los cuales son:

- Otorgar un paquete explícito de intervenciones y sus medicamentos asociados, que respondan al perfil epidemiológico y a la demanda de los servicios y necesidades de salud.
- Fomentar la atención oportuna de la salud de las familias mexicanas, evitando la postergación y consecuente agravamiento de enfermedades por motivos económicos.
- Fortalecer el sistema público de salud para reducir la brecha entre familias derechohabientes de la seguridad social y las que no tienen esta prestación en materia de salud.
- Contribuir a superar inequidades y rezagos en la distribución del gasto entre entidades federativas con diferentes niveles de desarrollo en materia de salud.
- Reducir el gasto de bolsillo de las familias afiliadas

Este último objetivo de reducir el gasto del bolsillo de las familias afiliadas es uno de los más importantes porque de acuerdo a la secretaria de salud, el elevado nivel de gasto en salud en el que incurren los hogares significó uno de los motivos que dieron origen al SP. Los resultados de diversas encuestas llevadas a cabo entre el 2000 y 2004 señalaron que en el 2.3% de los hogares el gasto en salud excedía la mitad de sus ingresos, lo cual limitaba sus recursos para atender otras necesidades básicas.

Una vez que la persona se ha afiliado al SP tiene derecho a lo siguiente:

- Una póliza de derechos y credencial de TU SALUD.
- Portabilidad del SP a toda la República Mexicana.
- 266 intervenciones o servicios médicos y surtimiento de 285 medicamentos asociados al paquete de servicios.
- Recibir los servicios de salud, medicamentos y otros métodos necesarios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cubiertas por el **seguro popular** y acceso a los **hospitales del seguro popular**.
- Servicio integral de salud.
- Acceso a la atención.
- Trato digno, atención de calidad y respeto.
- Recibir los medicamentos que sean necesarios para su atención y que correspondan al servicio de salud ofrecido por el **seguro popular**.
- Recibir toda la información necesaria, que aclare y oriente todo lo relacionado a la atención de su salud, así como el riesgo y las diferentes alternativas que existen de procedimientos de diagnóstico, de tratamiento y quirúrgicos según sea el caso si aplica.
- Se debe contar con expediente clínico.
- Tiene derecho a decidir libremente sobre su atención médica.
- Tiene derecho a otorgar o no su consentimiento para aceptar o rechazar tratamientos o procedimientos médicos.
- Tiene derecho a ser tratado confidencialmente.
- Se le debe dar facilidad para obtener una segunda opinión.
- Tiene derecho a recibir atención médica de urgencia.
- Puede recibir información sobre todos los procedimientos y servicios que se ofrecen en los establecimientos de atención médica.
- No debe cubrir cuotas de recuperación específicas por cada servicio que usted reciba del **seguro popular**.
- Puede presentar quejas ante las diversas autoridades de salud e informar acerca de los procedimientos y formas de atención.

Población objetivo del Seguro Popular

El SP está dirigido de manera prioritaria a familias cuyo ingreso se encuentre en los seis primeros deciles, que no sean derechohabientes de la seguridad social, que residan en el territorio nacional y que tengan acceso a unidades de salud con capacidad y calidad para ofrecer los servicios médicos. Actualmente, el SP opera en todo el territorio nacional, de acuerdo a los siguientes criterios:

- Baja cobertura de seguridad social en los estados.
- Mayor número de personas no aseguradas en los primeros seis deciles de ingresos.
- Capacidad para garantizar la provisión de los servicios cubiertos por el SP.

- Demanda potencial de aseguramiento.
- Solicitud explícita de las autoridades estatales.
- La existencia de suficiencia presupuestal en el SP.

Cabe mencionar que, en diciembre de 2006, se implementó el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), cuya finalidad es brindar atención médica a todos los niños nacidos en territorio nacional y sus familias que no cuenten con algún tipo de seguridad social. El SMNG es un seguro voluntario de gastos médicos para los niños nacidos a partir del primero de diciembre del 2006, que no estén cubiertos bajo algún esquema público o privado de protección en salud. Con este seguro el niño tiene derecho a prácticamente todo tipo de atención médica que requiera y su familia acceso a las 266 intervenciones del SP. La afiliación se hace a través del SP y la atención para el niño se brinda a través de los servicios de salud de los estados. En las localidades donde éstos no existan, el servicio se proporcionará por medio de instituciones de seguridad social o servicios médicos privados con los que se tenga convenio.

Otro complemento al SMNG, es el Programa de Embarazo Saludable otorga a las mujeres atención médica durante todo el periodo de embarazo, incluyendo los servicios de atención prenatal, parto, cesárea y puerperio fisiológico o quirúrgico. Adicionalmente, en el 2010 se presentó el proyecto Consulta Segura. El objetivo de este proyecto es que en los próximos tres años todos los usuarios acudan a la Consulta Segura para que se identifiquen y atiendan los principales riesgos de salud.

Ahora en el cuadro 1, con los datos del INEGI 2015, podemos observar que el más alto en población con seguro es la de Seguro Popular con un 49.9% a nivel nacional, mientras a nivel estatal es de 58.5, otro de los más altos es del Instituto Mexicano del Seguro Social con un 39.2%, y un porcentaje bajo es de los trabajadores de PEMEX quien a nivel nacional es de 1.5% y le sigue los seguros privados con un 3.3% y el ISSSTE con un 7.7%

Tabla NO. 1 Porcentaje de la población con seguro

Instituciones a Nivel Nacional	Porcentaje Nacional 2015	Porcentaje a nivel Estatal Guanajuato 2015
SEGURO POPULAR	49.9	58.5
PEMEX	1.5	1.2
NO AFILIADOS	17.3	14.7
SEGUROS PRIVADOS	3.3	1.8
IMSS	39.2	35.4
ISSSTE	7.7	5.4

Fuentes: realización propia con datos del INEGI 2015.

En el Estado de Guanajuato

Guanajuato es un estado de la República Mexicana, y se encuentra ubicado en el centro del País, el estado de Guanajuato limitad con el estado de Jalisco al oeste, con el estado de San Luis Potosí al norte, con el estado de Querétaro al este y con el estado de Michoacán al sur. El estado cuenta con 46 municipios y un municipio de Guanajuato es Salvatierra.

Mapa N°1 Del estado de Guanajuato

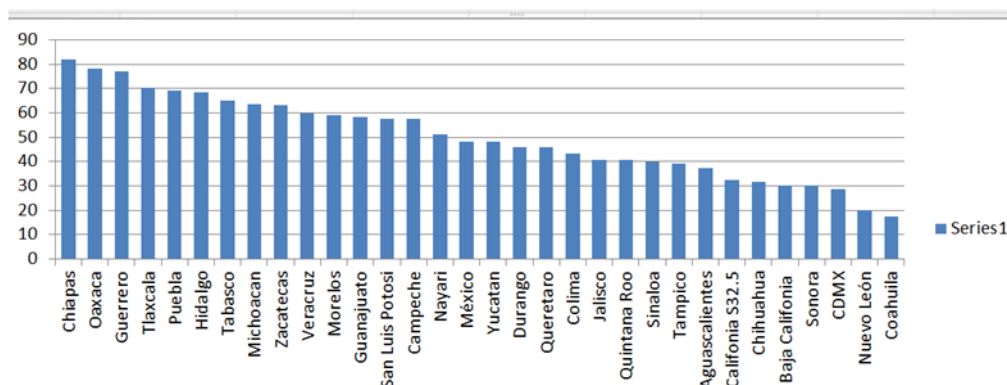


De acuerdo al INEGI, el estado de Guanajuato tiene una población de 5, 486, 372 habitantes en una superficie de 30,608 km² de los cuales de esa total de población, el 58.5% está afiliada al Programa del Seguro Popular. Hasta el corte de junio de 2017, la agenda estadística del Estado de Guanajuato reporta que se encontraba en el estado un padrón con un total de 3, 011,026 beneficiarios, lo que constituye a 1, 287,634 familias afiliadas, de los cuales 1, 641, 727 son mujeres y 1,369,299 son hombres, además 15,150 afiliados padecen algún tipo de discapacidad.

Hoy en día el estado tiene una posición relevante a nivel nacional, por ejemplo, una de las estrategias del Seguro Popular, el Embarazo Saludable, que surgió en el año 2008 como una estrategia de afiliación enfocada a reducir la mortalidad materna e infantil, asegurando la incorporación al SPSS de las mujeres embarazadas para tener acceso inmediato a los servicios de salud. Con datos de junio de 2017, se encuentra que Guanajuato está en el cuarto lugar a nivel nacional con mayor aumento de afiliación de mujeres embarazadas. Ese mismo año, el estado a nivel nacional, evidenció el apoyo por aumento de la demanda del SMSXXI del cual se tiene evidencia que durante el primer semestre de 2017 se transfirió a las entidades federativas la cápita adicional de 107,381 niños menores de cinco años de edad recién incorporados al SPSS, por un monto total de 21.4 millones de pesos, siendo el Estado de Veracruz la entidad con mayor número de niños afiliados seguida por los estados de México y Guanajuato.

De acuerdo a la gráfica No. 1, el estado de Guanajuato ocupa el lugar doce, con 58.5% de gente a filiada al programa del Seguro Popular.

Grafica No. 1 Porcentaje de población afiliada al Seguro Popular



Fuente: con datos del INEGI 2015

Esto implica para el programa del Seguro Popular unos problemas que resaltan en una comparativa de planteamientos ciudadanos por motivos de atención desde el 2013 al 2016, en el cual destacan el maltrato, el tiempo de espera, la mala práctica y el desabasto como se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. Comparativa de planteamientos por motivos de atención

Año	Maltrato	Tiempo de espera	Mala práctica	Cobro	Condiciones Físico-Sanitarias	Problemas de Afiliación	Desabasto
2016	39%	28%	15%	1%	2%	1%	14%
2015	41%	34.06%	15.33%	1.15%	2.44%	0.32%	5.45%
2014	43%	31.28%	16.47	1.74%	0.94%	0.07%	6.68%
2013	40.5%	29.24%	19.97%	3.09%	1.36%	1.08%	5.80%

Fuente: obtenido de agenda estadística (RPSS, 2017)

Otro dato es el porcentaje

En el municipio de Salvatierra, Guanajuato.

El municipio de Salvatierra se localiza en el estado de Guanajuato, Salvatierra colinda al norte con el municipio de Tarimoro, al sur con Acámbaro y el estado de Michoacán, al oeste con Yuriria y Santiago Maravatío, y finalmente en la parte noroeste con Jaral de Progreso.

Salvatierra tiene una población de 97,089 habitantes de los cuales, estas dos comunidades que pertenecen al municipio de Salvatierra tienen: la de las Cruces tienen 1471 habitantes y de San Pablo Pejo se tiene 1953 habitantes, del total de la población del municipio de Salvatierra. Estas dos comunidades serán las que se analice el impacto que ha tenido el Programa del Seguro Popular y si realmente el apoyo es de gran ayuda para la salud de las familias de estas dos comunidades, otro objetivo es conocer que tanto, el programa ayuda al desarrollo de las localidades.

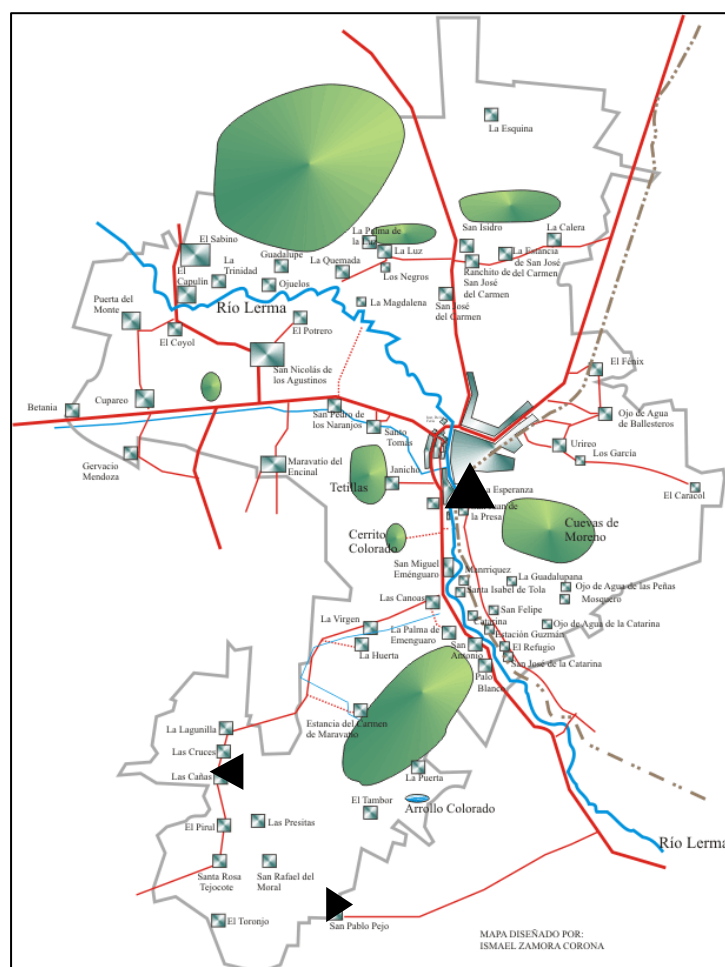
De acuerdo a la Encuesta Intercensal del 2015, el municipio de Salvatierra en su totalidad contaba con un 85.5% de población afiliada a los servicios de salud, de los cuales el 77.6% de la población es derechohabiente del Seguro Popular, mientras el 15.1% pertenece al IMSS y solo el 7.2% al ISSSTE. El diagnóstico del mismo año, demostró que se tiene un promedio de 1.6 de hijos nacidos vivos, con un alto índice de muerte infantil figurando un porcentaje de 7.9% de hijos fallecidos de mujeres de 12 o más años.

Descripción de las comunidades de las Cruces y San Pablo Pejo

Para poder llegar a los objetivos planteados se tiene que revisar el programa del Seguro Popular, y realizar una descripción de las comunidades para poder revisar cuanta gente es realmente afiliada y beneficiada por el programa.

Las cruces se encuentran dentro del municipio de Salvatierra la cual tiene una total de población de 1471 habitantes y de ese total de habitantes tiene registrados en el seguro popular el 65% de su población

Mapa 1: Ubicación geográfica Cabecera Municipal, Las Cruces y San Pablo Pejo



Mapa 1: Salvatierra, Guanajuato.

▲ : Cabecera municipal

► : San Pablo Pejo

◄ : Las Cruces

El UMAPS de Las Cruces se encuentra a un costado de la carretera, en la entrada de la comunidad, con una distancia hacia la cabecera de 19.6 km con un aproximado de tiempo de entre 30 – 40 min.

El UMAPS de San Pablo Pejo se encuentra a un costado de la carretera, pasando las escuelas que se encuentran en la calle principal, con una distancia a la cabecera de 33.2 km con un aproximado de tiempo entre 40 – 60 min.

Fuente: Obtenido de Sitio Web (SalvatierraXXI, 2011)

La Secretaría de Salud del estado de Guanajuato a través de la dirección de Centro de Atención Integral y Servicios Esenciales en Salud (CAISES), en conjunto con las Unidades Médicas de Atención Primaria a la Salud (UMAPS) de Las Cruces y San Pablo Pejo, pertenecientes al municipio de Salvatierra, que a su vez corresponde a la Jurisdicción Sanitaria IV de Acámbaro, realizaron diagnósticos de salud donde se revela información clara de la situación de las comunidades y el sector rural, manifestando las acciones y programas realizados en el periodo de febrero de 2017 a enero de 2018, favoreciendo la comparación de las comunidades el desarrollo e identificando características específicas del servicio otorgado por el programa Seguro Popular de Salud (SPS).

Tabla 2: Características de las comunidades atendidas

Características	*UMAPS San Pablo Pejo	UMAPS Las Cruces
Población atendida	2,652	1,471
Población con Seguridad Social	Sin datos	554
Población sin Seguridad Social	Sin datos	917
Personal Médico	1 médico pasante, 1 enfermera	1 médico pasante, 1 enfermera
Horarios de atención	8:00-16:00hrs	8:00-16:00hrs
Servicio de Ambulancias	No	No
Comunicación	Mala	Mala
Programa Prospera	Sin datos	30%

Fuente: Obtenido de Diagnostico de Salud Comunidades Las cruces y San Pablo Pejo (CAISES, 2018)

*UMAPS: Unidad Médica de Atención Primaria en Salud

Tabla 3: Cantidad de consultas por enfermedad en las unidades

Enfermedad	Las Cruces	San Pablo Pejo
Infecciones respiratorias agudas	325	193
Infecciones intestinales	39	9
Infecciones de vías urinarias	29	4
Vulvovaginitis aguda	20	23
Úlceras, gastritis y duodenitis	16	13

Fuente: Obtenido de Diagnostico de Salud comunidades Las Cruces y San Pablo Pejo (CAISES, 2018)

Las Cruces con acceso terrestre de una sola vía, y se encuentra en muy malas condiciones para el transporte de pasajeros y de carga, es una de las comunidades más pequeñas, la comunidad cuenta con una población estimada en 1471 personas, siendo 775 mujeres y 697 hombres, donde la mayoría de la población oscila entre los 10 a 24 años, además cerca del 65% de la población cuenta con el programa Seguro Popular y un 25% que cuentan con programa Prospera.

El UMAPS atiende las regiones circundantes de Las Cruces, atendiendo a un total de 1066 personas donde 573 son de sexo femenino y 493 del masculino, además es responsable de una población que recibe apoyo por el Programa de Inclusión Social PROSPERA de 554 personas. Ha tenido un total de 2298 consultas donde el Sistema Único de Investigación y Vigilancia (SUIVE) reporta que las mayores razones de consulta han sido las Infecciones Respiratorias Agudas con un monto de 242 consultas de primera vez. La unidad no cuenta con atención odontológica, radiología o laboratorio, además se resalta que no se encuentran en la región médicos particulares o servicios por otras instituciones como IMSS o ISSSTE.

En la comunidad existen factores condicionantes de la salud por la localidad, uno muy importante es la nutrición inadecuada en calidad, cantidad y balance, las familias de la región que se dedican a la agricultura proveen de la cosecha para alimentarse integrada principalmente por granos, cereales, leguminosas y escasa carne con contenido proteico, debido principalmente por la falta de recursos económicos y en parte por la cultura de la población, hay que resaltar que el consumo de frutas y verduras provenientes de otras regiones ha mejorado por los comerciantes que acuden a las comunidades.

En las calles se encuentran sin pavimentar siendo las calles de Hidalgo y Juárez con pavimento y son las únicas que cuentan con drenaje, el abasto de agua potable se entrega de 2 a 3 veces por semana

almacenándose en tambos o tinacos con la constante prevención de formación de huevecillos de moscos, se cuenta con alumbrado público y la recolección de basura se hace una vez por semana. El 70% de los hogares están contruidos por ladrillos y con piso firme aunque las restantes cuentan con materiales de adobe y tejas de barro conformando un 20% y el último 10% tienen casas de piedra y láminas. Las actividades económicas se reducen a la ganadería y la agricultura donde las tierras se utilizan para el cultivo de maíz, frijol, calabaza, cebolla y garbanzo, existiendo un alto porcentaje de emigración a los Estados Unidos por falta de trabajo. Los principales problemas de contaminación se deben a la falta de drenaje, el mal manejo de excretas, la utilización de leña para la cocina y el exceso de basura en las calles, incluyendo el ganado muerto.

La Comunidad de las cruces cuenta con una unidad médica de atención primaria a la salud (UMAPS). Esta cuenta con un medico pasante de servicio social con un horario de atención medica de 8:00 a 16:00 con permanencia de urgencias y el día sábado de 8:00 a 14:00 horas con el domingo como día de descanso, se cuenta con personal de enfermería (sola una persona) al cual cubre el horario de 8:00 a 16:00 de lunes a viernes y en ocasiones los sábados cuando se realiza campañas de vacunación.

Se cuenta con un comité de salud integrado por personas de la misma comunidad las cuales son encargadas de apoyar así como protección y seguridad de la unidad. Y Para evitar el desarrollo de enfermedades prevenibles y la atención oportuna, UMAPS realiza a la población afiliada sesiones educativas abarcando los temas de vacunación, infecciones respiratorias, estado nutricional, educación sexual, adicciones entre otros, además se fomenta la temprana detección de factores que puedan llegar a desarrollarse con el tiempo o identificar las existentes para llevar a cabo un control estricto evitando que avance. En la unidad se entregaron 101 pláticas a un total de 2400 asistentes de las localidades, que se refleja en la detección oportuna de obesidad, Hipertensión arterial y Diabetes mellitus entre otros padecimientos en los adultos. Otro beneficio es con la contribución del programa de comedores comunitarios, en donde se encuentra una mejor alimentación entre los niños de la zona existiendo una mínima cantidad de casos entre desnutrición y obesidad.

Tabla No. 4 Datos obtenidos por motivos de epidemiologia del 1 de febrero del 2017 al 26 de enero de 2018, y de la hoja diaria de consulta externa.

Teniendo un total de 2298 consultas.

No.	Causas	Total
1	Infecciones Respiratorias Agudas	242
2	Infecciones Intestinales	26
3	Infecciones de vías urinarias	19
4	Conjuntivitis	15
5	Vulvovaginitis aguda	12
6	Úlceras, Gastritis y Duodenitis	12
7	Hipertensión Arterial	10
8	Otitis media aguda	7
9	Diabetes Mellitus tipo 2	6
10	Obesidad	2
11	Asma y estado asmático	1
12	Intoxicación por picadura de alacrán	1

Fuente: Obtenido de Diagnostico de Salud comunidades Las Cruces y San Pablo Pejo (CAISES, 2018)

En este cuadro se muestran el total de consulta en la comunidad de las cruces en el periodo de un año (1 febrero de 2017 al 26 marzo de 2018) en el cual se observa el tipo de consulta y el total de personas que fueron atendidas.

Otra comunidad es la de San Pablo Pejo que se encuentra en una zona montañosa a las faldas del cerro de Pejo, rodeada mayormente en el suroeste del municipio del que está formado parte de la sierra de los Agustinos, dentro de la zona se crean arroyos en tiempos de lluvias que llegan a las presas o simplemente cruzan la comunidad desbocando en la orilla.

El Centro de Salud se encuentra en San Pablo Pejo, que a su vez es una comunidad que colindan con las localidades de San Rafael del Moral, El Toronjo, El Pirul y Las Presitas, la unidad atiende a una población de 2'652 personas de la región, aunque la localidad de San Pablo Pejo cuenta con 319 viviendas, un total de 1'953 habitantes de los cuales 924 son del sexo masculino y 1'028 del femenino, donde la mayoría de la población oscila entre los 10 a 29 años.

La unidad médica ha registrado un total de 2'432 consultas de las cuales la mayoría se agrupan en los grupos de edad de entre 20 a más de 60 años, las razones de consulta se describen en enfermedades transmisibles, enfermedades crónico degenerativas, a sanos, a embarazadas, de embarazo de alto riesgo y puerperas. La unidad no cuenta con servicio odontológico pero cuenta con servicio de referencia a hospitales de Salvatierra o Acámbaro, con servicios especializados de ginecobstetricia, medicina interna, cirugía, pediatría, traumatología, ortopedia y radiografías.

Existen factores condicionantes de salud en la población como la inadecuada alimentación relacionada a la insuficiencia económica, el contexto cultural y a las áreas de influencia, debido a que las familias consumen la cosecha de sus cultivos, siendo estos los alimentos más consumidos, sin seguir un régimen alimenticio adecuado. La alimentación saludable está determinada por la cantidad de cada tipo de alimento, por lo que se pueden seguir las indicaciones de la OMS para ajustar la alimentación, las cuales son:

Tabla 4: Porcentajes alimenticios

Alimento	OMS*	San Pablo Pejo
Frutas	20%	10%
Verduras	20%	5%
Legumbres	15%	25%
Azúcares	5%	10%
Lípidos	25%	30%
Proteínas	15%	20%

*Fuente: Obtenido de Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015)

Fuente: Obtenido de Diagnostico de Salud comunidades Las Cruces y San Pablo Pejo (CAISES, 2018)

Como se describe en la tabla, existe una marcada falta de buena alimentación en la comunidad en cuanto a alimentos como en proporciones y aunque se han llevado a cabo diferentes estrategias para mejorar la situación, las personas ignoran las orientaciones y siguen con los malos hábitos alimenticios.

Existen características en la región y en el ambiente que dificultan la mejora de la salud, uno de ellos es el servicio de agua potable no clorada, ya que no sirve el sistema de cloración desde hace varios años, pero a pesar de la información que se otorga, se ha visto un desinterés por parte de comunidad como de las autoridades para instalar un sistema de cloración de agua efectivo, donde resaltan el aspecto

económico. En el manejo de excretas encontramos un 84% de drenaje en aguas negras pero en algunas viviendas se continúa con fosas sépticas y en algunas otras se sigue defecando a ras del suelo. La basura es un problema severo porque actualmente se cuenta con el sistema de recolección una vez por semana, pero con el exceso de basura, ocasiona que la mayoría de la gente opte por acumular y quemar o tirarla en los arroyos. Las viviendas de la comunidad en 70 a un 80% están construidas por tabique y concreto, un 20% son de adobe con techos de teja y el 10% es la combinación de otros materiales. Las ocupaciones principales de la comunidad es la agricultura pero la mayoría de la gente opta por emigrar a Estados Unidos para contar con recursos suficientes buscando mejorar las condiciones de vida. En la cocina se sigue utilizando leña por la mayoría de la población aunque esto genera afectaciones a la salud. Las mujeres contribuyen al ingreso familiar mediante la elaboración de servilletas con técnica de deshilado y bordado que venden en ciudades cercanas a un costo extremadamente bajo.

En la unidad se han otorgado pláticas–relacionadas con la prevención, los temas se otorgaron a las madres jefas de familia que son quienes se encontraban disponibles para la asistencia, entre los más importantes se destacan las enfermedades respiratorias, las enfermedades diarreicas, la desnutrición infantil, obesidad y cuidados del recién nacido con un total de asistencia de aproximadamente 260 personas. Además se realizaron 1'786 detecciones, de las cuales 832 fueron en mujeres y de las mismas 142 fueron positivas y 690 negativas, el restante de detecciones fue de 954 de hombres, de los que 113 fueron positivos y 841 fueron negativas. Entre las enfermedades más diagnosticadas se encuentran la obesidad y sobrepeso, síndrome metabólico y alcoholismo (UMAPS, 2018).

Conclusiones

Los problemas que presenta la atención médica en América Latina se relacionan con la precariedad institucional de la salud pública, así como con la falta de equidad y eficiencia de los sistemas de salud. En segundo orden de importancia, la baja calidad y la ineficiencia de los servicios es un tema prioritario. Otro inconveniente que enfrentan los sistemas de salud de América Latina son los altos costos de operación; la insuficiente capacidad de gestión; las deficiencias en los procesos de vigilancia y control; y los retrasos sistemáticos en el flujo de recursos, lo que genera condiciones de insostenibilidad en algunas instituciones prestadoras. Asimismo, en buena parte de los países de América Latina no existe aseguramiento público masivo en materia de salud. Por tales razones, la sustentabilidad financiera y el costo de la red institucional y de los servicios de salud es un tema preocupante.

En México el programa del Seguro Popular es una alternativa para la sociedad, pero no es un programa cien por ciento de calidad ya que el grado de satisfacción del Sp se eleva a partir de los siguientes criterios: i) acceso a hospitales y centros de salud; ii) trato recibido por parte del personal de salud; iii) calidad de los servicios; iv) tiempo de espera para ser atendido; y v) acceso a una cama de hospital en caso requerido; estos criterios deberían de aplicarse para los centros de salud de las comunidades. Sin embargo ante las precariedades de las comunidades y del personal de centro de salud, nos percatamos que no se han visto favorecido el programa y que estos criterios son ineficientes en las dos comunidades. Por ejemplo; el acceso al hospital es muy tardado y tienen que enviarlos al centro de salud.

Una de las precariedades de contaminación del agua en las comunidades las que provocan enfermedades de infecciones intestinales, infecciones de vías urinarias, ya que ambas comunidades tienen agua pero las medidas de almacenamiento y distribución se encuentran en mal estado, si bien en las Cruces se almacenan en tinacos o tambos con los cuidados necesarios, en San Pablo Pejo no se encuentra clorada debido al fallo de distribución de cloro y las medidas del agua son ignoradas por la población.

En las comunidades solo hay un centro de salud en cada cabecera por lo que delimitan la atención a la clínica del UMAPS, uno es el trato recibido por el personal del Centro de Salud, se puede observar que el doctor es pasante de medicina en ambas comunidades y por lo tanto, no cuenta con la experiencia necesaria para atender con calidad a los pacientes. No cuenta con la experiencia para gestionar recursos para la UMAPS, (recursos económicos y recursos de capital humano), así mismo, la atenciones de segundo nivel o estudios necesarios se vuelven más lentos y se tarda más tiempo para referirlos a clínicas de la cabecera municipal tanto de Salvatierra como de Acámbaro. No se encuentran clínicas particulares ni instalaciones de otras instituciones, tampoco se han encontrado personas con discapacidad y el conteo de medicamentos se hace en general, refiriendo la existencia de los mismos, pero sin registro de medicamentos utilizados con frecuencia.

Otro problema del programa SP se ha visto un incremento de la atención como de la calidad de vida de las familias ubicadas en estas localidades, sigue faltando la cantidad de medicamentos y atención de calidad en todos los niveles. Se ha contribuido a entregar información verídica y confiable que pueda ayudar en las nuevas estrategias de limpieza y saneamiento básico, influyendo en todos los niveles de prevención, promoción y detección oportuna. Sin embargo el progreso marca solo la mitad del camino porque se tiene que seguir incrementando la accesibilidad de los servicios a la población, manteniendo los que ya se tienen con material funcional y equipo adecuado, por lo que se tiene que seguir gestionando con las autoridades responsables los servicios básicos que se requieren, tanto agua, drenaje y luz eléctrica así como apoyo en la salud, la mejora del terreno, el desarrollo de actividades productivas locales, la educación y el abasto de materias primas para el consumo diario. Salvatierra y sus beneficiarios son parte de la problemática del estado, pero también parte de los beneficios que se otorgan, las zonas rurales son las de mayor preocupación y por lo que se tiene que poner énfasis en el apoyo y atención en este tipo de localidades; del municipio y donde se entregan los servicios médicos en disminución a lo que se esperaba, aunque también las comunidades no se encuentran en condiciones saludables, los gobiernos deben aportar al mejoramiento de los servicios básicos, así como la distribución de información para mejorar las condiciones ambientales, educativas sociales y económicas de la región.

Lo anterior nos muestra una clara evidencia que en el mundo así como en México, se están llevando acciones para que todo ser humano pueda gozar de salud sin importar su estrato social, sin embargo hay mucho camino por recorrer, y tener una medición clara de la cantidad de personas que faltan, crean los motivos para generar nuevas estrategias que se puedan implementar en un futuro y poder otorgar una atención de salud a cualquier persona que lo necesite, será largo el camino pero el cambio se ha venido haciendo desde hace tiempo y se tiene una respuesta positiva, por lo que existe la seguridad de que el trabajo conjunto de los países como de instituciones en nuestra nación, puede hacer un cambio a gran escala.

REFERENCIAS

AUTOR CORPORATIVO

Art. 4, Diario oficial de la Federación, México, México, 03 de febrero de 1983

LIBRO

CESOP, (2005). *“Programa Seguro Popular”*, CESOP.

SS, (2017). *“Sistema de protección social en salud”*, *Informe de resultados enero- junio 2017*, 1.

ARTÍCULO

Tamez, S, Eibenschutz, C, (2008). “El Seguro Popular de Salud en México: Pieza Clave de la Inequidad en Salud”, *Revista de salud pública*, 10, pp. 143-145.

ETHOS, (2011). “El Seguro Popular de Salud en México: Posibles efectos sobre la economía informal”, *Laboratorio de políticas públicas*.

Pérez, J, (2012). “Sistemas de Salud en América Latina: entre aciertos y desaciertos”, *Revista OMNIA*, 1, pp.148-162.

Secretaría de Salud, (2005). “Sistema de Protección Social en Salud: Elementos conceptuales, financieros y operativos”, *Secretaría de Salud*, 1ra.

PERIÓDICOS ELECTRÓNICOS

Diario oficial de la Federación, (1995). “Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000”, México, *Diario oficial de la Federación*.

Periódico Oficial Edo Gto, (2005). “Plan de Desarrollo Municipal 2004-2029”, México, *Periódico Oficial Gobierno del Estado*, 38.

Diario Oficial Edo. Gto., (2016). “Programa de Gobierno Municipal 2015-2018 Salvatierra, Guanajuato”, México, *Periódico oficial Gobierno de Estado*, 159.

DIAGNOSTICOS DE SALUD

UMAPS, (2018). “Diagnóstico de Salud, Las Cruces febrero 2017-enero 2018”, SSG.

UMAPS, (2018). “Diagnóstico de Salud, Unidad Médica de atención primaria a la salud San Pablo Pejo”, SSG.

ELECTRÓNICA

CNPSS, (2018). “Amplía Seguro Popular cobertura de servicios”, *Sitios Web*, Gob, México, disponible en: <https://www.gob.mx/salud/seguropopular/prensa/amplia-seguro-popular-cobertura-de-servicios> [15 de mayo del 2018]

INEGI, (2015). “Espacio y Datos de México”, *Sitio Web*, México, disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=11028#tabMCcollapse-Indicadores> [24 de junio del 2018]

INEGI, (2015). “Principales resultados de la encuesta Intercensal 2015”, *Sitio Web*, México, disponible en: http://seieg.ipn.net/seieg/doc/Principales_Resultados_El_2015_1452885251.pdf [23 de junio del 2018]

OMS, (2017), “Salud y Derechos Humanos”, *Sitio Web*, Centro de prensa, Ginebra, disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health> [8 de mayo del 2018]

OMS, (2005). “¿Qué es un sistema de salud?”, *Preguntas y respuestas en línea*, Ginebra, disponible en: <http://www.who.int/features/qa/28/es/> [9 de mayo del 2018]

OMS, (2015). “Un nuevo informe revela que 400 millones de personas carecen de acceso a los servicios sanitarios, básicos”, *Sitio Web*, Centro de prensa, disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/uhc-report/es/> [9 de mayo del 2018]

RPSS, (2017). “Agenda Estadística 2017”, *Sitio Web*, *Seguro Popular*, Guanajuato, disponible en: http://seguropopular.guanajuato.gob.mx/subsistemas/ae/actual/pdf/agenda_estadistica.pdf [18 de mayo de 2018]

OMS, (2015). “Alimentación Sana”, *Sitio web*, Centro de prensa, disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet> [27 de julio de 2018]

SalvatierraXXI, (2011). “Salvatierra, Guanajuato”, *Sitio Web*, Mapa Municipio de Salvatierra, disponible en: <https://salvatierraxxi.webcindario.com/> [27 de julio de 2018]